



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2012

Die strafrechtliche Erfassung der Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medien und Politik – Einstellungen der Mediziner, Juristen und Allgemeinbevölkerung

Schwarzenegger, Christian ; Manzoni, Patrik ; Studer, David ; Leanza, Catia

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-62143>

Book Section

Originally published at:

Schwarzenegger, Christian; Manzoni, Patrik; Studer, David; Leanza, Catia (2012). Die strafrechtliche Erfassung der Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medien und Politik – Einstellungen der Mediziner, Juristen und Allgemeinbevölkerung. In: Niggli, Marcel Alexander; Jendly, Manon. Strafsystem und Öffentlichkeit: Zwischen Kuscheljustiz und Scharfrichter = Système pénal et discours publics: entre justice câline et justice répressive. Bern: Stämpfli, 109-137.

Die strafrechtliche Erfassung der Sterbehilfe im Spannungsfeld von Medien und Politik –

Einstellungen der Mediziner, Juristen und Allgemeinbevölkerung

CHRISTIAN SCHWARZENEGGER
Prof. Dr. iur., Universität Zürich

PATRIK MANZONI
Dr. phil. I, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (zhaw)

DAVID STUDER
lic. phil. I, Universität Zürich

CATIA LEANZA
Blaw, Universität Zürich

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	110
2. Ziele und Forschungsstand	114
3. Methodologie	116
4. Ergebnisse	117
4.1 Wahrnehmung des Themas in den Medien und Interesse	117
4.2 Rechtliche Zustimmung zu Sterbehilfe- und Suizidbeihilfehandlungen	118
4.3 Voraussetzungen der organisierten Suizidbeihilfe	124
4.4 Wer soll Suizidbeihilfe leisten dürfen?	126
4.5 Spezifische Einstellungen der Ärzte zur Sterbehilfe und Suizidbeihilfe	128
4.6 Argumente Pro und Kontra Suizidbeihilfe aus der Sicht der Befragten	130
4.7 Regelung der organisierten Suizidbeihilfe aus der Sicht der Juristen und Mediziner	131
5. Fazit	134
Literatur	135

1. Einleitung

Seit mehreren Jahren wird in der Schweiz über eine Regulierung und strengere Kontrolle der Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe diskutiert. 2001 wurde im Nationalrat eine intensive Debatte darüber geführt, ob die direkte aktive Sterbehilfe für Personen am Lebensende, bei denen eine aussichtslose medizinische Situation eingetreten ist, die aber keinen begleiteten Suizid mehr ausführen können, von der Strafbarkeit ausgenommen werden solle. Während die Mehrheit der Rechtskommission eine Entkriminalisierung der aktiven Sterbehilfe in diesen Ausnahmesituationen befürwortete, wurde sie im Plenum deutlich abgelehnt. Am absoluten Fremdtötungsverbot sollte nicht gerüttelt werden. Genau mit einem solchen Ausnahmefall musste sich ein Einzelrichter des Tribunal de police du district de Boudry am 6. Dezember 2010 befassen. Eine Ärztin hatte die Kanüle zur intravenösen Verabreichung des tödlichen Mittels eigenhändig geöffnet, nachdem die sterbewillige Patientin ihren Suizidwunsch im letzten Moment physisch nicht mehr selbst umsetzen konnte. Der Einzelrichter befand, dass sich gestützt auf das Selbstbestimmungsrecht des Art. 10 Abs. 2 BV und die Bestimmungen über den Notstand (Art. 17, 18 StGB) eine Rechtfertigung dieser aktiven Sterbehilfe ableiten lasse, und sprach die Ärztin vom Vorwurf der Tötung auf Verlangen nach Art. 114 StGB frei (siehe dazu Tribunal de police du district de Boudry, unveröffentlichtes Urteil vom 6.12.2010, POL.2010.19, Erw. 3.c-d; zusammenfassend zur Debatte über die direkte aktive Sterbehilfe Schwarzenegger 2007b, vor Art. 111 N 26 m.w.N.).

Eine kurz darauf eingereichte und angenommene Motion forderte den Bundesrat dagegen auf, die bestehenden Lücken im Bereich der indirekten aktiven Sterbehilfe und der passiven Sterbehilfe zu regeln. Am 4. Juli 2003 beauftragte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) die Nationale Ethikkommission mit der Ausarbeitung von Empfehlungen für den Gesamtbereich der Sterbehilfe inklusive der Suizidbeihilfe. In einem Bericht zum Thema «Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?» kam das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement im April 2006 in der Folge zum (vorläufigen) Schluss, es bestehe kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf im Bereich der Sterbehilfe und der Suizidbeihilfe.

Im Sommer 2008 änderte der Bundesrat seine Auffassung, nachdem die Anzahl von begleitenden Suiziden angestiegen war und immer mehr Personen aus dem Ausland mit Unterstützung von Dignitas ihrem Leben

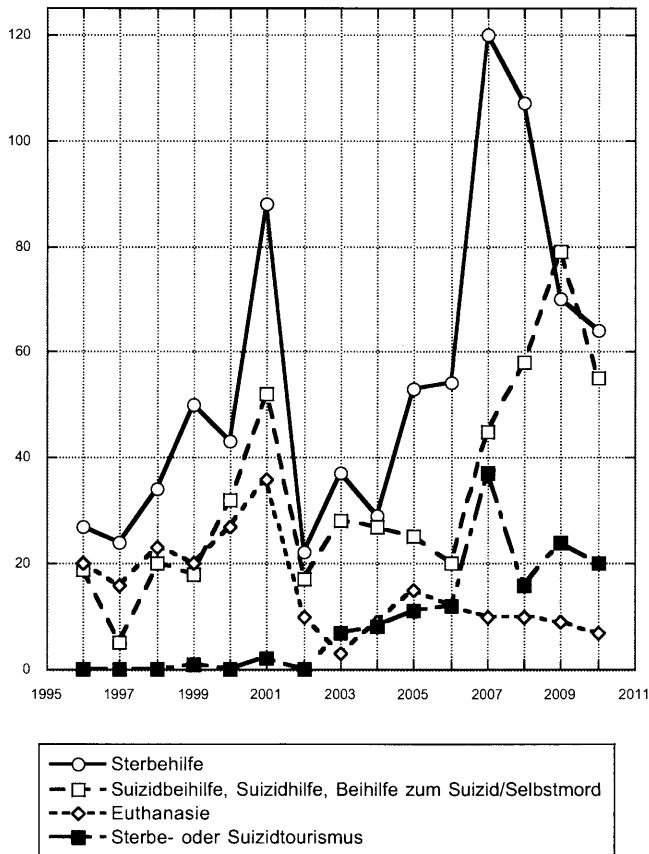
ein Ende setzten. Obschon die Suizidbeihilfe im Vergleich zur passiven und indirekten aktiven Sterbehilfe sehr viel seltener ist (empirische Belege dazu bei van der Heide et al. 2003, 348; Bosshard 2007, 2 f. m.N.), drehte sich die öffentliche Diskussion seither immer mehr um die Tätigkeiten der Suizidbeihilfeorganisationen. Das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement wurde daher beauftragt, vertieft abzuklären, ob im Bereich der organisierten Suizidbeihilfe spezifische gesetzliche Regelungen erforderlich seien. Gestützt auf den im Mai 2009 vorgelegten Bericht schlug der Bundesrat schliesslich im Oktober 2009 eine Revision des Strafgesetzbuches vor, die in einer ersten Variante ein Verbot der organisierten Suizidbeihilfe, in einer zweiten Variante eine Reihe restriktiver Voraussetzungen für die straflose Suizidbeihilfe vorsah. Nachdem in der Vernehmlassung beide Varianten mehrheitlich abgelehnt wurden, entschied der Bundesrat am 29. Juni 2011, auf eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidbeihilfe im Strafrecht zu verzichten. Die staatlichen Massnahmen sollten sich vielmehr auf die Suizidprävention und *Palliative Care* fokussieren, um die Anzahl der Suizide zu verringern (weiterführend zu den Entwicklungsphasen der Debatte Cassani/Cherbouliez 2007, 227 ff.; Schwarzenegger 2007b, vor Art. 111 N 26; Bosshard 2008, 479 f.; Schwarzenegger 2008, 119 ff.; Brunner/Thommen 2009, 61 ff.; Tag 2009, 25 f.; Mathwig 2010, 169 ff.; Bundesrat 2011, 5 ff.; Kunz 2011 alle m.w.N.; international vergleichend Guillod 2011).

Die kriminalpolitische Debatte spiegelt sich in den Medienberichten über das Thema. Vollwertige Medieninhaltsanalysen liegen für die Schweiz nicht vor, doch lässt sich die zunehmende Bedeutung der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe in der öffentlichen Diskussion ansatzweise an den Begriffsnennungen in einer grossen Tageszeitung nachweisen (siehe Tabelle und Abbildung 1). Im Tages-Anzeigers war der Kulminationspunkt der Berichterstattung, in welcher die *Sterbehilfe* angesprochen wurde, im Jahre 2007 (120 Nennungen in Beiträgen der Zeitung). Ein weiterer Höhepunkt der Diskussion ist für das Jahr 2001 zu verzeichnen, in welchem der Nationalrat über die strafrechtliche Regelung der direkten aktiven Sterbehilfe zu entscheiden hatte.

Tabelle und Abbildung 1: Anzahl Artikel mit Nennung von Schlüsselbegriffen pro Jahr, Tages-Anzeiger 1996-2010¹

Jahr	Sterbehilfe	Suizidbeihilfe, Suizidhilfe oder Beihilfe zum Suizid/Selbstmord	Euthanasie	Sterbe- oder Suizidtourismus
1996	27	19	20	0
1997	24	5	16	0
1998	34	20	23	0
1999	50	18	20	1
2000	43	32	27	0
2001	88	52	36	2
2002	22	17	10	0
2003	37	28	3	7
2004	29	27	9	8
2005	53	25	15	11
2006	54	20	12	12
2007	120	45	10	37
2008	107	58	10	16
2009	70	79	9	24
2010	64	55	7	20

¹ Eigene Suchabfragen im Archiv des Tages-Anzeigers (www.tagesanzeiger.ch/service/archiv). Dieses enthält alle Artikel, die seit 1996 in der Print-Ausgabe des Tages-Anzeigers, Züritipps und Magazins erschienen sind. Mehrere Wortnennungen im gleichen Artikel sind möglich. Es wurden alle Nennungen gezählt.



Die Auswertung zeigt auch, dass die Berichterstattung über die *Suizidbeihilfe* – alternativ: Suizidhilfe, Beihilfe zum Suizid oder Selbstmord – kontinuierlich zugenommen und im Jahre 2009 den bisherigen Höchststand erreicht hat. Ebenso wie sich die kriminalpolitische Debatte seit rund 10 Jahren auf die Probleme der organisierten Suizidbeihilfe fokussiert, berichtet der Tages-Anzeiger immer mehr über die Suizidbeihilfe. In vielen Berichten – nicht nur des Tages-Anzeigers – wird allerdings nicht zwischen Sterbehilfe und Suizidbeihilfe unterschieden, obschon es um den fundamentalen Unterschied zwischen Selbst- und Fremdtötung geht. Der synonyme Begriffsgebrauch ist Ursache vieler Missverständnisse (siehe für eine klare Abgrenzung Petermann 2006, 21 ff.; Schwarzenegger

2007b, vor Art. 111 N 20; Venetz 2008, 4 ff. alle m.w.N.). Von *Sterbetourismus* ist im Tages-Anzeiger erstmals 1999 die Rede. Allerdings beschreibt die Autorin darin die Situation in der Stadt Varanasi (Indien), die als Stadt des Gottes Shivas gilt, wo für gläubige Hinduisten die direkte Pforte zum Himmel stehe. Deshalb reisten altersschwache und gebrechliche Hinduisten nach Varanasi in der Hoffnung, dort sterben zu können (Kessler 1999, 22). Die Schweiz als Destination des Sterbetourismus wird in diesem Medium erstmals 2001 im Zusammenhang mit der weiter oben erwähnten Nationalratsdebatte angesprochen. In einem Kommentar schreibt Michael Meier, die Aufrechterhaltung des absoluten Verbotes der Tötung auf Verlangen sei richtig, weil in der Schweiz die Alternative der straflosen organisierten Suizidbeihilfe existiere. Andere Länder seien dagegen noch nicht so weit, was den Sterbetourismus in die Schweiz erkläre (Meier 2001, 9). Der Begriff wurde 2007 – im Jahr seines häufigsten Auftretens in den Artikeln des Tages-Anzeiger – von einer Journalisten-Jury zum «Wort des Jahres» erklärt (siehe www.chwort.ch und Tages-Anzeiger, 6.12.2007, 12).

Vor dem Hintergrund dieser kontrovers und teilweise emotional geführten politischen und öffentlichen Debatte erscheint es besonders wichtig, die Einstellungen der Allgemeinbevölkerung und der mit dem Problem der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe direkt befassten Berufsgruppen (Juristen, Mediziner) empirisch zu erfassen und zu analysieren. Aus einer repräsentativen Erfassung der moralischen und rechtlichen Bewertung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe lassen sich wichtige Rückschlüsse für die Akzeptanz der gegenwärtigen Praxis und allfälliger gesetzgeberischer Schritte finden.

2. Ziele und Forschungsstand

In der Schweiz ist vergleichsweise wenig bekannt über die Einstellungen der Bevölkerung zu Suizidbeihilfe und Sterbehilfe, wenn auch in den letzten Jahren immer wieder sogenannte Ad-Hoc-Befragungen durchgeführt worden sind. Die meisten dieser Befragungen beschränken sich darauf, im Rahmen von thematisch breit gefächerten Erhebungen einzelne Items zu diesem Themenkomplex zu erfassen. Häufig treten in diesen Untersuchungen auch methodologische Mängel auf (zweifelhafte Repräsentativität, ungenau formulierte Fragen). Eine beachtenswerte Ausnahme hiervon bildet eine im Jahr 2009 von der Zeitung L'Hebdo (9.4.2009) in Auftrag

gegebene Befragung von 600 Personen, mittels welcher die Einstellungen zur Suizidbeihilfe sowie zum «Sterbetourismus» in der Schweiz differenzierter erfasst wurden. In einer der bisher umfangreichsten Untersuchung haben wir im Jahr 2010 1500 Personen aus der Schweizer Wohnbevölkerung über 16 Jahre nach ihren Meinungen zu verschiedenen Sterbehilfe-Formen befragt (Schwarzenegger et al. 2010). Die Fragen zielten auf die moralische wie rechtliche Zustimmung bzw. Ablehnung von konkreten Sterbehilfe- bzw. Suizidbeihilfehandlungen. In einer zusätzlichen Erhebung wurden auch Schweizer Juristinnen und Juristen sowie Ärztinnen und Ärzte (FMH-Mitglieder) schriftlich befragt wurden. Bezüglich der *Ärztenschaft* bzw. der im medizinischen Bereich Tätigen existieren bereits vereinzelt Studien – beispielsweise zu Sterbehilfe-Einstellungen der Mitglieder der Swiss Association of Palliative Care SAPC (Bittel et al. 2002). In einer anderen Untersuchung waren FMH-Mitglieder darum gebeten worden, eine Reihe von Sterbehilfe-Statements zu bewerten (Fischer et al. 2005; vgl. Bosshard 2008, 469). Schliesslich führte Pfister und Biller-Andorno (2010) eine schriftliche Befragung unter 1933 Ärzten und Krankenpflegern durch, in welcher nach einer moralischen Bewertung der ärztlich begleiteten Suizids gefragt wurde. Nur eine Minderheit trat dafür ein, dass der ärztlich begleitete Suizid jedenfalls moralisch verurteilt werden sollte (8,4% unter Ärzten; 9,2% unter Krankenpflegern).

Die Einstellungen der Schweizer *Juristenschaft* liegen demgegenüber gänzlich im Dunkeln, obschon deren Vertretern in Gesetzgebung, Strafjustiz und Gesundheitsverwaltung eine zentrale Rolle bei der Kontrolle von Missbräuchen in diesem Bereich zukommt.

Vergleichsstudien, die Einstellungen unterschiedlicher Berufsgruppen mit denen der Allgemeinbevölkerung vergleichen, fehlen in der Schweiz gänzlich (international vgl. Emanuel 2002). Dieser Mangel wird durch die vorliegende Studie² behoben, indem für die drei Untersuchungsgruppen (Juristen, Mediziner, Allgemeinbevölkerung) identische Frageformulierungen verwendet wurden.³

² Die Autoren danken dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF) und der Stiftung AVINA für die Unterstützung dieses Forschungsprojekts.

³ Einige Einschränkungen der Vergleichbarkeit zwischen den drei Befragungsgruppen ergaben sich in Bezug auf die unterschiedlichen Erhebungsmethoden (CATI vs. postalische Befragung).

3. Methodologie

Bezüglich der *Allgemeinbevölkerung* wurde eine Nettostichprobe von 1'464 Personen (Nettostichprobe) mit Schweizer Nationalität durch das Meinungsforschungsinstitut GfK Switzerland telefonisch interviewt (CA-TI). Dem Interview ging ein briefliches Ankündigungsschreiben voraus, das über den bevorstehenden Anruf informierte und die Teilnehmerate erhöhen sollte. Innerhalb der kontaktierten Haushalte wurde die Zielperson mittels der Geburtstagsmethode ausgewählt (d.h. die Person mit dem zeitlich nächsten Geburtsdatum). Die Fälle wurden, um eine gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit zu gewährleisten, mit der Haushaltsgrösse gewichtet. Als Datengrundlage für die Haushalte diente das Telefonbuch. Die Interviews dauerten durchschnittlich 22 Minuten.

Hinsichtlich der Vertreterinnen und Vertreter der *Juristenschaft* erfolgte eine schriftliche Befragung in einer Zufallsstichprobe von 1'000 Rechtsanwälten (355 netto), 500 Richtern (185 netto; inkl. Bundesrichtern) sowie 500 Staatsanwälten (235 netto). Bei den Bundesrichtern wurde eine Vollerhebung durchgeführt. Die Adressdaten sowie einige weitere Variablen wie die Rechtsmittel-Instanz wurden manuell aus den kantonalen Staatskalendern zusammengetragen (Staatsanwälte und Richter) bzw. bei den Rechtsanwälten aus der Online-Datenbank des Schweizerischen Anwaltsverbands (SAV) ausgelesen. Der Versand der Fragebögen erfolgte postalisch. Dem Fragebogen war ein Schreiben beigelegt, das über die Ziele der Studie informierte und um eine Teilnahme bat, sowie ein vorfrankiertes Rückantwortcouvert. Per E-Mail konnten die angeschriebenen Rechtsanwälte zudem zweimal nachträglich an die Befragung erinnert werden.

Um die Einstellungen der *Mediziner* zu erfassen, wurde eine schriftliche Befragung in einer Zufallsstichprobe von 2'000 Personen (706 netto) durchgeführt. Als Basis der Stichprobenziehung diente die Mitgliederdatenbank der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH).⁴ Darunter befanden sich 198 Ärzte ohne Facharzttitle (28%), 175 Allgemeinmediziner (25%), 137 Internisten (19%) sowie 85 Psychiater (12%).⁵ Den ausgewählten Medizinerinnen wurde der Fragebogen wie bei den Juristen

⁴ Die Daten wurden uns durch den FMH für diese Untersuchung freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

⁵ Die Prozentangaben sind leicht verzerrt (überschätzt), weil 2% der befragten Ärzte mehrere Facharzttitle besitzen.

postalisch zugestellt. Der Fragebogen entsprach demjenigen der Juristen, enthielt darüber hinaus aber noch medizinisch relevante Zusatzfragen.

Der Fragebogen lag in deutscher, französischer und italienischer Sprache vor. Das Befragungsinstrument, das aus geschlossenen Fragen bestand, wurde in einem Pretest vorgeprüft sowie einem medizinischen Experten zur Beurteilung vorgelegt. Hierdurch wurde sichergestellt, dass die von uns verwendeten Fallbeschreibungen – die sogenannten Fallvignetten – auch authentische Situationen schildern.

Die Rücklaufquote lag – je nach Stichprobe – zwischen 35 (Mediziner) und 39 Prozent (Juristen insgesamt) und mag durch die hohe Arbeitsbelastung der Berufsgruppen, die Länge des Erhebungsinstruments (13-15 Seiten) sowie auch durch das Fehlen von Ankündigungs- oder Erinnerungsschreiben und den zunehmenden Aufwand für Verwaltungsarbeiten zu erklären sein. Die Ausschöpfungsquote bei der telefonischen Befragung der Allgemeinbevölkerung betrug 63 Prozent.

4. Ergebnisse

4.1 Wahrnehmung des Themas in den Medien und Interesse

Am Anfang der Befragung wurde den Teilnehmern die Frage gestellt, wie häufig sie in den letzten 6 Monaten etwas vom Thema «Sterbehilfe» in den Medien gehört oder gelesen hätten (siehe Tabelle 2).

Die Befragung ergibt signifikante Unterschiede zwischen den befragten Gruppen. Mediziner und Juristen haben in den letzten Monaten häufiger als die Allgemeinbevölkerung Medienberichte über das Thema «Sterbehilfe» wahrgenommen. Auch das Interesse am Thema ist signifikant anders verteilt. Wiederum sind die Berufsgruppen der Juristen und Mediziner stärker am Thema «Sterbehilfe» interessiert als die Allgemeinbevölkerung.

Tabelle 2: Wahrnehmung in den Medien und Interesse für das Thema im Vergleich zwischen Allgemeinbevölkerung, Juristen und Mediziner (2010)

		Wahrnehmung des Themas in den Medien (letzte 6 Monate)	Interesse an der Berichterstattung zum Thema
Allgemeinbevölkerung	Mittelwert	3.01	2.92
	N	1462	1460
	Standardabweichung	.997	.985
Juristen	Mittelwert	3.42	3.59
	N	761	760
	Standardabweichung	.818	4.967
Mediziner	Mittelwert	3.52	3.54
	N	695	695
	Standardabweichung	.843	1.428
Insgesamt	Mittelwert	3.24	3.24
	N	2918	2915
	Standardabweichung	.947	2.739

Frage 1: «Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten in den Medien vom Thema «Sterbehilfe» gehört oder gelesen? 1 = nie; 2 = selten; 3 = ab und zu; 4 = häufig; 5 = sehr häufig

Frage 2: «Interessiert Sie, was in den Medien zum Thema «Sterbehilfe» berichtet wird? Interesse: 1 = überhaupt nicht; 2 = eher weniger; 3 = mässig; 4 = stark; 5 = sehr stark

4.2 Rechtliche Zustimmung zu Sterbehilfe- und Suizidbeihilfehandlungen

Den Befragten aller drei Gruppen wurden sechs praxisrelevante und rechtlich bedeutsame Fallbeispiele bzw. -vignetten vorgelegt, welche die Situationen verschiedener Personen in kritischen Zuständen schildern (zur Formulierung der Vignetten vgl. nachfolgende Kasten).⁶

⁶ Aufgrund der zeitlichen Beschränkungen bei telefonischen Befragungen hatten die Befragten aus der Allgemeinbevölkerung nur je drei Vignetten zu beurteilen.

Fall 1: Frau Ackermann leidet an unheilbarem Krebs, der sich in ihrem Körper ausbreitet und ihr unerträgliche und nicht aufhörende Schmerzen bereitet. Die Ärzte sagen, dass sie höchstens noch sechs Monate leben wird. Nach langem Überlegen bittet sie ihren Arzt und eine Sterbehilfeorganisation, ihr beim Sterben zu helfen.

v1a: Moralische Würdigung der *Suizidbeihilfe*: Der Arzt verschreibt ihr ein tödliches Medikament, damit sie sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen kann.

v1b: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

v1c: Rechtliche Würdigung der Handlung des Sterbehelfers.

Fall 1 – Variante: Wenn nun der Arzt auf den Wunsch von Frau Ackermann hin ihr ein tödliches Medikament selber spritzt?

v1d: Moralische Würdigung der *direkten aktiven Sterbehilfe*: Der Arzt spritzt ihr ein tödliches Medikament.

v1e: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 2: Herr Hollenstein leidet an einer tödlichen Muskelkrankheit. Er ist fast vollständig gelähmt und kann nur noch mit Hilfe eines Beatmungsgerätes atmen. Trotz allem ist Herr Hollenstein bei klarem Verstand und kann seinen Willen noch durch Augenzwinkern ausdrücken. Immer wieder hat er seinem Arzt auf diese Weise zu verstehen gegeben, dass er sterben will (Vorbild: Fall von Piergiorgio Welby, Italien 2006).

v2a: Moralische Würdigung des *Behandlungsabbruchs*: Der Arzt stellt das Beatmungsgerät ab.

v2b: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 3: Frau Graf ist 54 Jahre alt und hat unheilbaren Lungenkrebs. Sie hat schon mehrere Chemotherapien hinter sich, die aber keine Besserung erzielt haben. Jetzt liegt sie im Spital und hat ständig das Gefühl zu ersticken. Die Ärzte sagen, dass sie bald sterben wird. Darum bittet Frau Graf ihren Arzt, ihr Leiden zu beenden und ihr beim Sterben zu helfen.

v3a: Moralische Würdigung der *indirekten aktiven Sterbehilfe*: Der Arzt spritzt ihr ein potentiell lebensverkürzendes Medikament, um ihre Schmerzen zu nehmen.

v3b: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 3 – Variante: Stellen Sie sich nun folgendes vor: Weil der Arzt Frau Graf nicht nur von ihrem Leiden befreien, sondern ihren Wunsch nach einem schnellen Tod erfüllen will, spritzt er eine tödliche Dosis des Schmerzmittels. Kurz darauf stirbt Frau Graf.

v3c: Moralische Würdigung der *direkten aktiven Sterbehilfe*: Der Arzt spritzt ihr ein potentiell lebensverkürzendes Medikament, nicht nur um ihre Schmerzen zu lindern, sondern auch, um ihren Wunsch nach einem schnellen Tod zu erfüllen.

v3d: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 4: Herr Marbach ist 85 Jahre alt und bei klarem Verstand. Er sieht und hört fast nichts mehr und sitzt im Rollstuhl. Seit einem Jahr braucht er Windeln für Erwachsene. Er findet sein Leben nicht mehr lebenswert und möchte sterben. Er bittet seinen Arzt und eine Sterbehilfeorganisation, ihm beim Sterben zu helfen.

v4a: Moralische Würdigung der *Suizidbeihilfe*: Der Arzt verschreibt ein tödliches Medikament, damit er sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen kann.

v4b: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

v4c: Rechtliche Würdigung der Handlung des Sterbehelfers.

Fall 5: Frau Fischer hat bei einem Skiunfall eine schwere Kopfverletzung erlitten. Seit 10 Jahren liegt die inzwischen 30-Jährige jetzt bewusstlos im Pflegeheim. Sie atmet selbstständig, muss jedoch künstlich ernährt und gepflegt werden. Es ist unwahrscheinlich, dass sie je wieder aufwacht. Sie hat nie gesagt, was mit ihr in dieser Situation geschehen soll (Vorbilder: Fall Terri Schiavo, USA 2005; Eluana Englaro, Italien 2009).

v5a: Moralische Würdigung des *Behandlungsabbruchs* bei Einigkeit der Angehörigen: Der Arzt stellt die künstliche Ernährung ein, da die Angehörigen glauben, dass die Patientin so nicht hätte weiterleben wollen.

v5b: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

v5c: Moralische Würdigung des *Behandlungsabbruchs* bei Uneinigkeit der Angehörigen: Der Arzt stellt die künstliche Ernährung ein, während die Angehörigen sich nicht einig darüber waren.

v5d: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

Fall 6: Herr Bühler ist 60 Jahre alt und leidet an Alzheimer. Er kann sich schon nach kurzer Zeit an einfache Sachen nicht mehr erinnern und vergisst manchmal sogar die Namen von seinen Kindern. Er merkt selber, dass er sich immer schlechter erinnern kann und weiss, dass er durch diese Krankheit zu einem Pflegefall wird und schliesslich an ihr stirbt. Diesem Fall möchte er zuvorkommen, solange er noch kann. Er bittet seinen Arzt, und eine Sterbehilfeorganisation, ihm beim Sterben zu helfen.

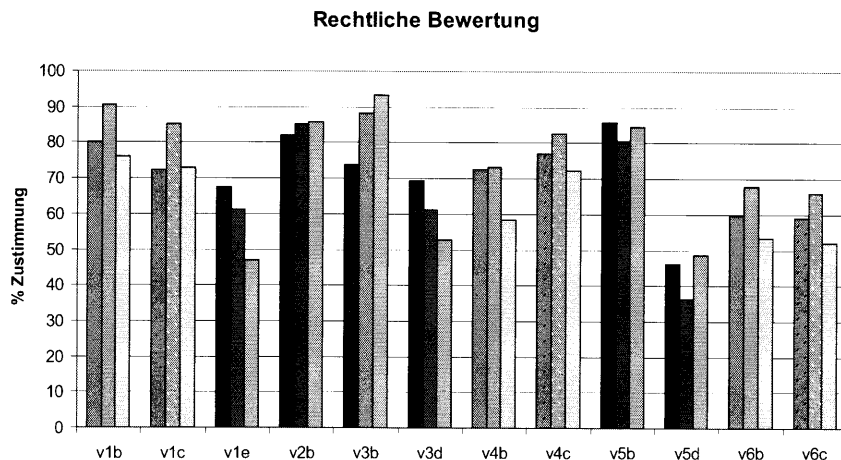
v6a: Moralische Würdigung der *Suizidbeihilfe*: Der Arzt verschreibt ein tödliches Medikament, damit er sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen kann.

v6b: Rechtliche Würdigung der ärztlichen Handlung.

v6c: Rechtliche Würdigung der Handlung des Sterbehelfers.

Die Befragten wurden gebeten, sowohl eine moralische Bewertung der jeweiligen Handlungen des Arztes bzw. bei der Suizidbeihilfe auch des Sterbebegleiters der Sterbehilfeorganisation auf einer Zehnerskala (1: völlig falsch; 10: völlig richtig) abzugeben wie auch zu entscheiden, ob diese – unabhängig der rechtlichen Lage – gesetzlich erlaubt oder verboten sein sollten (rechtliche Bewertung). Nachfolgend wird nur die rechtliche Bewertung betrachtet (zu weiteren Resultaten siehe Schwarzenegger et al. 2010). Die Mittelwerte der rechtlichen Bewertung sind – aufgeschlüsselt nach den drei Befragungstruppen – in Abbildung 2 aufgeführt.

Abbildung 2: Rechtliche Bewertung der sechs Fallvignetten («sollte gesetzlich erlaubt sein» in Prozent)



Antwortkategorie gemäss Kasten (siehe oben).

Es steht jeweils die linke Säule für die Allgemeinbevölkerung, die mittlere Säule für die Juristen und die rechte Säule für die Mediziner. Antworten v1c, v4c und v6c betreffen die rechtliche Bewertung im Falle des Sterbehelfers.

Lesebeispiel: In der Antwortkategorie v1e (rechtliche Würdigung der *direkten aktiven Sterbehilfe* im Fall 1) haben 68% der Allgemeinbevölkerung, 61% der Juristen und 47% der Mediziner angegeben, diese solle rechtlich erlaubt sein.

Die Zustimmungsanteile betrachtend fällt zunächst die generell tiefere Zustimmung der Mediziner zu Formen der Suizidbeihilfe auf, die in einem Kontrast zur hohen Zustimmung seitens der befragten Juristen steht (Antwortkategorien: v1b, v1c, v4b, v4c, v6b, v6c). Auch die Allgemeinbevölkerung ist bezüglich der rechtlichen Zulässigkeit der Suizidbeihilfe etwas permissiver eingestellt als die Mediziner. Skeptischer eingestellt sind die Befragten aller drei Gruppen gegenüber der Suizidbeihilfe an Demenzzkranken. So fiel die Zustimmung im sechsten Fallbeispiel im Vergleich zu den beiden anderen Suizidbeihilfe-Vignetten denn auch geringer aus. Der in der Vignette geschilderte Fall eines 60-jährigen Alzheimer-Kranken, der «manchmal sogar die Namen seiner Kinder vergisst», spricht auf das Problem der Beurteilung der Urteilsfähigkeit an, die eine fundamentale Voraussetzung für eine Selbsttötung darstellt (siehe dazu Schwarzenegger 2008, 85 m.w.N.). Unter den Mediziner sind daher

48% der Ansicht, die Suizidbeihilfe durch den Sterbehelfer sollte verboten sein. Für ein Verbot in dieser Fallkonstellation sprechen sich dagegen nur 34% der Juristen und 41% der Allgemeinbevölkerung aus. 47% der Mediziner würden auch die Suizidbeihilfebehandlung eines Arztes zugunsten des sterbewilligen Alzheimer-Kranken verbieten (Juristen: 32%; Allgemeinbevölkerung: 41%).

Bezüglich des *Behandlungsabbruchs* kann festgehalten werden, dass die Zustimmung bei allen Gruppen über 80% liegt – sowohl im Falle eines gelähmten Muskelkranken, der bei klarem Verstand seinen Arzt darum bittet, sterben zu dürfen (v2b), wie auch im Fall einer seit 10 Jahren im Koma liegenden Patientin mit schwersten Kopfverletzungen (v5b). Die Anteile an Befragungsteilnehmern, welche den Behandlungsabbruch für rechtlich erlaubt ansehen, ist in allen untersuchten Gruppen ungefähr gleich gross (über 80% in der Allgemeinbevölkerung und den beiden Berufsgruppen). Die Variante von Frage 5 (v5d) bildet aber eine beachtenswerte Ausnahme. In dieser Konstellation stellt der Arzt die künstliche Ernährung der Komapatientin ein, obschon sich deren Angehörige uneinig sind, ob die Patientin dies gewollt hätte. Besonders Juristen sprechen sich für ein Verbot dieses Behandlungsabbruchs gegen den Willen eines Teils der Angehörigen aus (rund 64%). Das 2013 in Kraft tretende Erwachsenenschutzrecht führt für solche Konstellationen eine Reihenfolge der vertretungsbefugten Personen ein, wobei an erster Stelle die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person entscheiden soll (vgl. Art. 378 Abs. 1 Ziff. 1 neu ZGB).

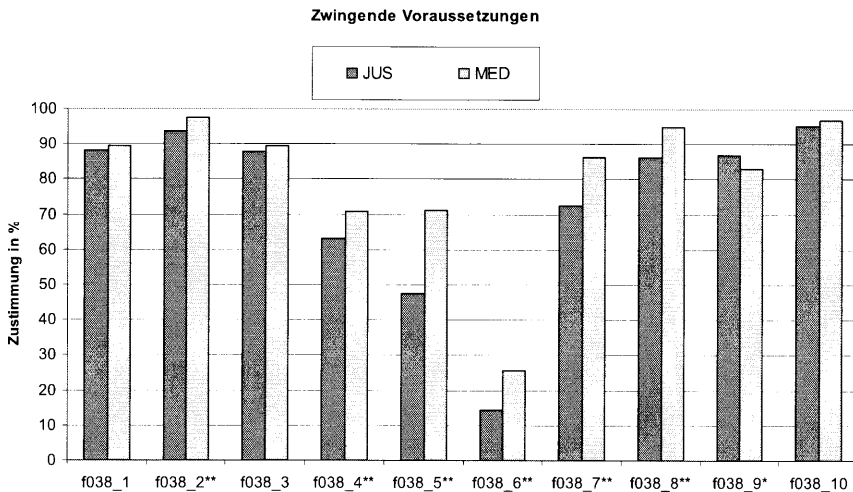
Die Einstellungen zur *direkten aktiven Sterbehilfe* (v1e, v3d) sind am kontroversesten. Es zeigt sich ein klares Einstellungsmuster: Die Bevölkerung ist am ausgeprägtesten der Ansicht, in Fällen der geschilderten Art solle die direkte aktive Sterbehilfe rechtlich zulässig sein (68-70%). Unter den MedizinerInnen befürwortet in der Fallvariante 1 mit der krebskranken Patientin am Lebensende sogar eine Mehrheit ein Verbot (53%). Die Unterschiede zwischen den MedizinerInnen und der Allgemeinbevölkerung betragen rund 20 Prozent. Die Juristenschaft tritt weniger ausgeprägt als die Allgemeinbevölkerung für eine Rechtmässigkeit der Tötung auf Verlangen in den geschilderten Ausnahmesituationen ein.

Bei der *indirekt-aktiven Sterbehilfe* (v3b) findet eine Umkehr des bei anderen Sterbehilfeformen typischen Bewertungsmusters statt: Hier sind es vor allem die Mediziner (93%), welche das Spritzen von Schmerzmitteln mit todesbeschleunigendem Effekt für rechtlich zulässig halten (Allgemeinbevölkerung: 76%; Juristen: 88%).

4.3 Voraussetzungen der organisierten Suizidbeihilfe

In Anlehnung an den Vorentwurf zur Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidbeihilfe des EJPD vom Oktober 2009 (vgl. EJPD 2009, 20 ff. [Variante 1]) wurden den befragten Medizinerinnen und Juristen verschiedene Voraussetzungen für die Zulässigkeit organisierter Suizidbeihilfe zur Bewertung vorgelegt. Generell zeigt sich in Abbildung 3 eine im Vergleich zu den Medizinerinnen autonomieorientiertere Haltung der Juristen, d.h. der Anteil innerhalb der Juristen, der eine Voraussetzung als «zwingend» betrachtet, ist im allgemeinen kleiner als derjenige unter den Medizinerinnen.

Abbildung 3: Bewertung von zehn Voraussetzungen der organisierten Suizidbeihilfe durch Juristen und Mediziner (*: $p < 0.01$; **: $p < 0.05$)



f038_1: Der Sterbewillige muss den Sterbewunsch von sich aus fassen und äussern

f038_2: Der Sterbewunsch muss gut begründet (wohlerwogen) sein und dauerhaft

f038_3: Die Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen muss von einem Arzt festgestellt werden

f038_4: Urteilsfähigkeit muss von zwei Ärzten bestätigt werden. Davon muss mindestens ein Arzt von der Suizidbeihilfeorganisation unabhängig sein.

f038_5: Der Patient muss eine unheilbare Krankheit haben

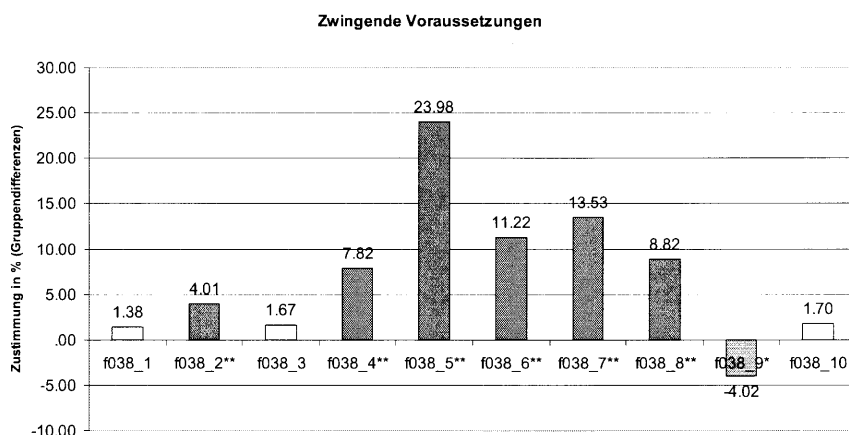
f038_6: Der unheilbar kranke Patient muss unmittelbar vor dem Tod stehen (d.h. der Tod tritt erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einiger Wochen ein)

f038_7: Mit dem Sterbewilligen werden Alternativen zur Selbsttötung erörtert

f038_8: Der Suizidhelfer darf keinen Erwerbszweck verfolgen

f038_9: Die Suizidhandlung muss mit einem ärztlich verschriebenen Medikament erfolgen

f038_10: Die Suizidbeihilfeorganisation und der Suizidhelfer müssen eine vollständige Dokumentation erstellen (um möglichen Missbrauch zu kontrollieren)



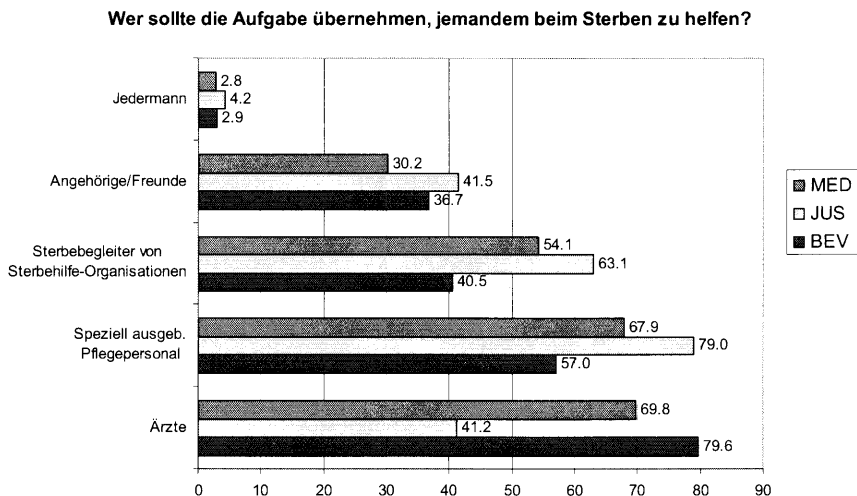
Der gewichtigste Unterschied liegt bei der fünften Voraussetzung und betrifft das Vorliegen einer unheilbaren Erkrankung. Ärzte sind mehrheitlich der Ansicht, dass organisierte Suizidbeihilfe nur dann in Frage komme, wenn ein Patient an einer unheilbaren Erkrankung leide. Im Gegensatz dazu sieht die Mehrheit der Juristen dies nicht als zwingende Voraussetzung. Die Differenz beträgt 24% und ist hochsignifikant. Ein ebenfalls statistisch bedeutsamer Unterschied liegt bei der siebten Voraussetzung vor: Die Mediziner waren deutlich häufiger der Auffassung, dass mit dem Sterbewilligen Alternativen zur Selbsttötung erörtert werden müssten (wobei mit über 70% die Einschätzung als zwingende Voraussetzung bei *beiden* Gruppen eindeutig ist). Ein dritter wesentlicher Bewertungsunterschied zwischen Ärzten und Juristen liegt in der Voraussetzung der Todesnähe. Dem Erfordernis, dass der kranke Patient unmittelbar vor dem Tode stehen müsse (d.h. dass der Tod erfahrungsgemäss innerhalb von Tagen oder einiger Wochen eintreten wird), messen die Juristen weniger

Bedeutung zu. Diese Voraussetzung hat aber auch unter den Mediziner nur geringe Zustimmung erfahren (25%). Es zeigt sich zusammenfassend, dass trotz genereller Akzeptanz der Suizidbeihilfe bezüglich mehrerer Voraussetzungen ein Konsens innerhalb der fachlich mit dem Thema befassten Berufsgruppen existiert, die in der Praxis der organisierten Suizidbeihilfe schon heute eingehalten werden. Die Antworten zeigen auch, dass den Ärzten bei der Suizidbeihilfe eine zentrale Rolle zukommen soll.

4.4 Wer soll Suizidbeihilfe leisten dürfen?

Den Untersuchungsteilnehmern wurde folgende Frage gestellt: «Die Sterbehilfe-Organisationen EXIT und Dignitas unterstützen ihre Mitglieder dabei, ihr Leben vorzeitig durch ein tödliches Medikament zu beenden. Welche Personen sollten Ihrer Meinung nach die Aufgabe übernehmen, jemandem bei der Selbsttötung zu helfen?» Wie Abbildung 4 veranschaulicht, zeigen sich dabei frappierende Gruppenunterschiede bezüglich wie die Aufgabe von Arzt, Pflegepersonal und Sterbebegleiter gesehen wird: Während sowohl die Allgemeinbevölkerung (80%) wie auch die Mediziner (70%) beim konkreten Selbsttötungsvorgang des Sterbewilligen (auch) einen Arzt involviert sehen wollen, sind unter Juristen nur 41% für die Anwesenheit eines Arztes. Zusammen mit den Antworten der Juristen zu den Voraussetzungen der legalen Suizidbeihilfe (siehe Abbildung 3) ergibt sich folgendes Meinungsbild: Nach Ansicht einer Mehrheit der Juristen spielen Ärzte bei der Vorbereitung der Suizidbeihilfe eine wichtige Rolle (Prüfung der Urteilsfähigkeit, *second opinion*, Rezeptausstellung), während bei der Ausführung der Beihilfe zum Suizid speziell ausgebildetes Pflegepersonal oder Sterbebegleiter von Sterbehilfe-Organisationen ausreichen.

Abbildung 4: «Wer sollte die Aufgabe übernehmen, jemandem beim Sterben zu helfen?» Antworten der Allgemeinbevölkerung, Juristen und Mediziner (in %, Mehrfachnennung möglich)



Die Allgemeinbevölkerung bevorzugt am klarsten ein Modell des ärztlich assistierten Suizids, in dem auch speziell ausgebildetes Pflegepersonal eine operative Rolle zugedacht wird. Nur rund 41% stimmen der Aussage zu, dass diese Aufgabe (auch) von einem Sterbebegleiter einer Sterbehilfe-Organisation übernommen werden sollte. Da auch in der Allgemeinbevölkerung eine Mehrheit für die Rechtmässigkeit der Handlungen eines Sterbebegleiters eintritt (Schwarzenegger et al. 2010), führt dies zur Schlussfolgerung, dass die befragten Schweizerinnen und Schweizer sowohl ein Modell des ärztlich begleiteten Suizids wie auch das momentan praktizierte Modell mit Sterbebegleitern von Sterbehilfe-Organisationen für rechtmässig halten, sich aber im Zweifel eher für das erstere Modell entscheiden würden.

Von den Einstellungen der Juristen weicht das mehrheitliche Meinungsbild der befragten Ärzte in einem Punkt stark ab: Wie gesehen tritt die Mehrheit nicht nur für eine wesentliche Rolle des Arztes in der Vorbereitung der Suizidbeihilfe, sondern auch für eine solche in der konkreten Umsetzung ein. Da auch speziell ausgebildetes Pflegepersonal oder Sterbebegleiter von Sterbehilfe-Organisationen mehrheitlich als Suizidhelfer gutgeheissen werden, ist die Rolle des Arztes hier eher als Kontrollinstanz

zu interpretieren. Zu den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ergibt sich eine Diskrepanz, weil darin (SAMW 2004, Ziff. 4.1) die Beihilfe zum Suizid nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit angesehen wird, weil sie den Zielen der Medizin widerspreche. Wenn ein Arzt Suizidbeihilfe bei einer Person am Lebensende leistet, die diese Hilfe wünscht und auch die weiteren Voraussetzungen von Ziff. 4.1 eingehalten sind, wird dies in den Richtlinien bloss als «persönliche Gewissensentscheidung des Arztes» anerkannt. Wie unsere Ergebnisse zeigen (siehe auch unten Abschnitt 4.5, Abb. 5), sieht die Basis der Ärzteschaft in der Suizidbeihilfe mehrheitlich sehr wohl eine ärztliche Aufgabe (siehe zur Diskussion, ob und wie weitgehend Suizidbeihilfe als Teil der ärztlichen Tätigkeit aufzufassen sei, Regamey/Salathé 2007, 1051 f.; Schwarzenegger 2007a, 843 ff.; Bosshard et al. 2009, 4 ff.; Bosshard/Hurst 2010, 2 f. alle m.w.N.; zum restriktiveren Meinungsstand innerhalb der deutschen Ärzteschaft zusammenfassend Lipp/Simon 2011, A 212 ff.).

Grössere Einigkeit zwischen den befragten Gruppen besteht bezüglich der Rolle von Angehörigen oder Freunden bzw. von beliebigen Dritten bei der Suizidbeihilfe. Die Mehrheit würde diese Aufgabe nicht auf sie übertragen. Die Notwendigkeit einer Begrenzung der Aufgabe der organisierten Suizidbeihilfe auf bestimmte Personen fällt damit überdeutlich aus.

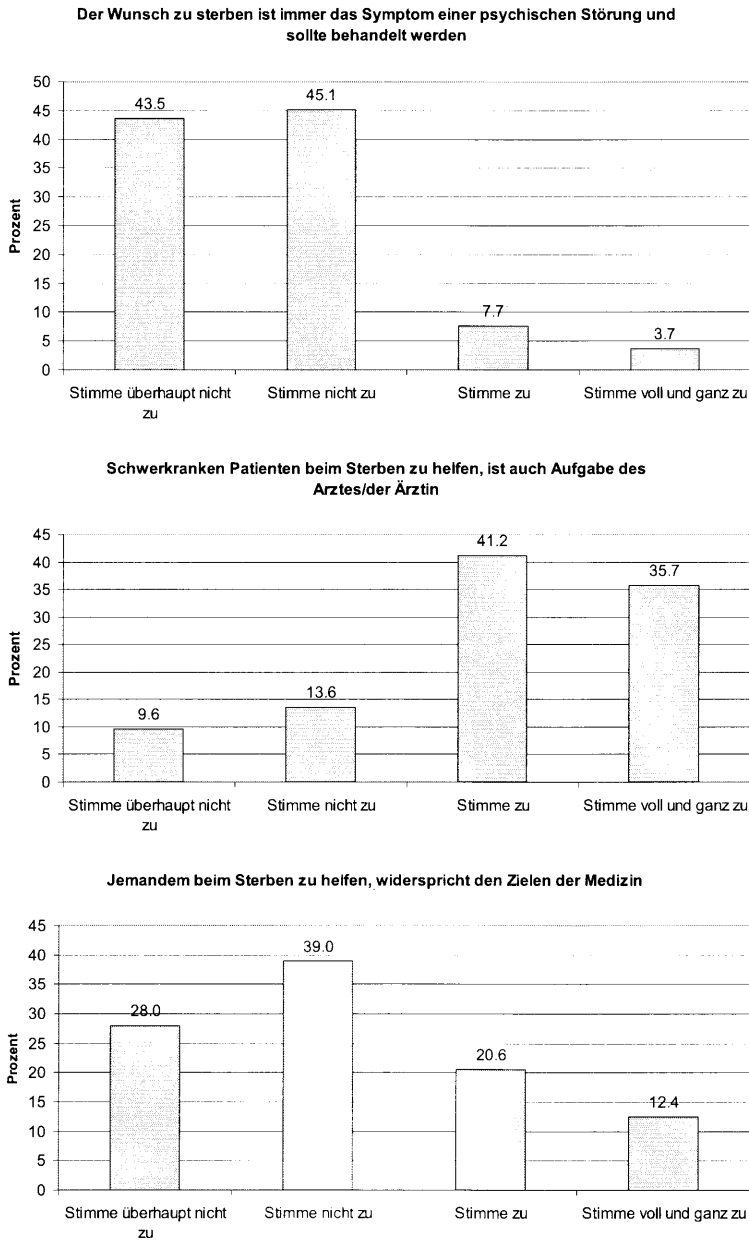
4.5 Spezifische Einstellungen der Ärzte zur Sterbehilfe und Suizidbeihilfe

Vor dem Hintergrund, dass die Allgemeinbevölkerung primär Ärzte für die Durchführung der Suizidbeihilfe für zuständig hält, interessierte uns das spezifische Rollenverständnis der befragten Mediziner, wobei die Fragestellung auch auf verschiedene Formen der Sterbehilfe Bezug nimmt. Den Befragten wurden drei Aussagen vorgelegt, die auf einer zehnstufigen Skala bewertet werden sollten (1: «lehne völlig ab»; 10: «stimme völlig zu»). Die Aussagen lauten:

1. Jemandem beim Sterben zu helfen, widerspricht den Zielen der Medizin.
2. Schwerkranken Patienten beim Sterben zu helfen, ist auch Aufgabe des Arztes.
3. Der Wunsch zu sterben ist immer das Symptom einer psychischen Störung und sollte behandelt werden.

Abbildung 5: Einstellungen der befragten Ärzte zu spezifischen Fragen der Suizidbeihilfe

Nur Mediziner: N=685 (Aussage 1), N=678 (Aussage 2), N=670 (Aussage 3)



Die Auswertungen zeigen, dass eine Mehrheit der befragten Ärzte (68%) die Sterbehilfe und Suizidbeihilfe *nicht* als Widerspruch zu den Zielen der Medizin ansieht. Vielmehr vertritt eine grosse Mehrheit der befragten Ärzte (77%) die Auffassung, dass schwerkranken Patienten beim Sterben zu helfen, ebenfalls eine Aufgabe des Arztes sei.

Die starke Ablehnung der Aussage, dass der Wunsch zu sterben immer das Symptom einer psychischen Störung sei und behandelt werden müsse – 88% stimmten dem «nicht» oder «überhaupt nicht» zu –, deutet darauf hin, dass die Befragten einen Sterbewunsch in bestimmten Situationen als legitimen Entscheid der Selbstbestimmung anerkennen.

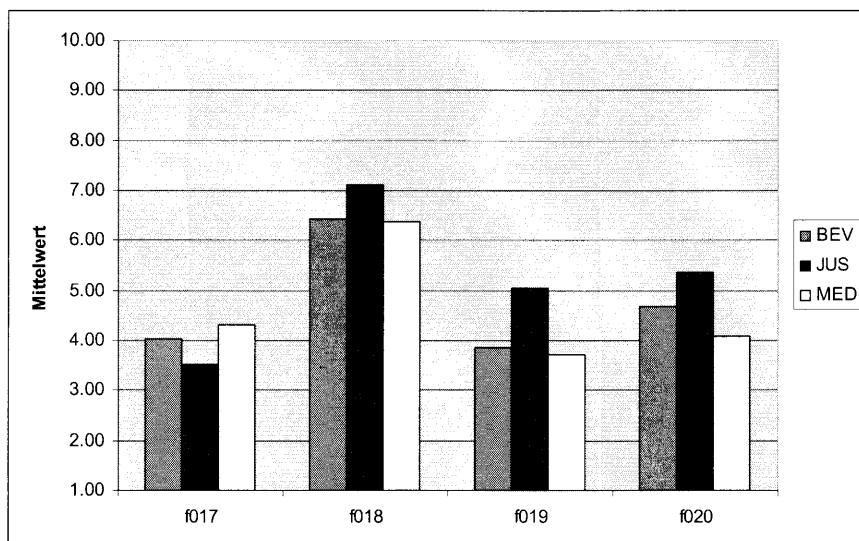
4.6 Argumente Pro und Kontra Suizidbeihilfe aus der Sicht der Befragten

In der Medienberichterstattung wird gegen die Suizidbeihilfe häufig eingewandt, sie dränge Menschen, insbesondere ältere und ärmere Personen dazu, ihr Leben frühzeitig beenden zu wollen, um Pflege- oder Behandlungskosten einzusparen. Umgekehrt wird von Befürwortern der Suizidbeihilfe geltend gemacht, die ermögliche ein würdevolles Sterben im Beisein der Angehörigen. Schliesslich interessiert auch die Haltung der Bevölkerung zur Suizidbeihilfe bei alten Personen ohne körperliches Leiden (bei Lebensmüdigkeit) und bei Menschen mit schweren psychischen Störungen, soweit sie im Hinblick auf ihren Zustand urteilsfähig sind. Abbildung 6 fasst die Resultate der Befragung dazu für die 3 untersuchten Gruppen zusammen.

Eine Mehrheit in allen Gruppen hält die Gefahr eines Drucks auf bestimmte Menschen, schneller sterben zu wollen, für unbegründet. Ebenso neigt eine Mehrheit in allen Gruppen dazu, die Aussage 2 für zutreffend zu halten, d.h. mehrheitlich sehen die Befragten in der Suizidbeihilfe tatsächlich ein Mittel zu einem würdevollen Tod.

Die gegenwärtigen Grenzen einer sozial akzeptierten Suizidbeihilfe werden durch die Antworten auf die Aussagen 3 und 4 verdeutlicht. Eine Mehrheit der Allgemeinbevölkerung, der Mediziner und auch Juristen lehnt die Suizidbeihilfe bei «Lebensmüden» ohne körperliches Leiden und bei Personen mit psychischen Störungen ab. Der Mittelwert liegt bei den Juristen fast in der Mitte, was darauf hindeutet, dass eine grosse Teilgruppe die Suizidbeihilfe auch für diese Personen eher für zulässig hält.

Abbildung 6: Zustimmung zu vier Aussagen zur organisierten Suizidbeihilfe (Allgemeinbevölkerung, Juristen, Mediziner, jeweils Mittelwerte, 1 = «lehne ich völlig ab», 10 = «stimme völlig zu»)



f017: Die Tätigkeit von Sterbehilfe-Organisationen führt dazu, dass Menschen dazu gedrängt werden, ihr Leben vorzeitig zu beenden, um keine weiteren Behandlungskosten zu verursachen.

f018: Suizidbeihilfe wie sie von Sterbehilfe-Organisationen gemacht wird, ermöglicht ein würdevolles Sterben im Beisein von Angehörigen.

f019: Suizidbeihilfe von Sterbehilfe-Organisationen sollte auch bei alten Menschen, die kein körperliches Leiden haben, erlaubt sein, wenn sie nicht mehr leben wollen, aber noch bei klarem Verstand sind.

f020: Sterbehilfe-Organisationen sollten auch Menschen mit schwerer psychischer Krankheit bei der Selbsttötung helfen können, wenn sich diese Menschen über die Konsequenzen im Klaren sind.

4.7 Regelung der organisierten Suizidbeihilfe aus der Sicht der Juristen und Mediziner

Nachdem schon seit Jahren über die rechtlichen Rahmenbedingungen der organisierten Suizidbeihilfe in der Schweiz diskutiert wird, sollte unsere Untersuchung auch die kriminalpolitische Einstellung der betroffenen

Berufsgruppen erfassen. Die Juristen und Mediziner wurden daher gefragt, welche der drei Möglichkeiten, die organisierte Suizidbeihilfe gesetzlich zu regeln, für sie die beste sei. Zur Auswahl standen ein Totalverbot, wie es der Bundesrat in einer Variante vorgeschlagen hatte, ein Verbot mit Ausnahmen, wie es die andere Variante des bundesrätlichen Vorwurfs vorgesehen hatte, oder aber eine Lösung, die von der grundsätzlichen Zulässigkeit der organisierten Suizidbeihilfe ausgeht, aber bestimmte Verhaltensweisen kriminalisiert, so wie es sich aus Art. 115 StGB ergibt.

55% der Juristen und 50% der Mediziner sprachen sich für die bestehende Lösung aus. Die organisierte Suizidbeihilfe soll demnach grundsätzlich rechtlich erlaubt, aber unter bestimmten Voraussetzungen verboten sein (siehe Abb. 7). Für ein Totalverbot sprechen sich nur wenige Mediziner aus (11%) und noch weniger Juristen (6%).

Abbildung 7: Rechtliche Kontrolle der organisierten Suizidbeihilfe aus der Sicht der Juristen und Mediziner

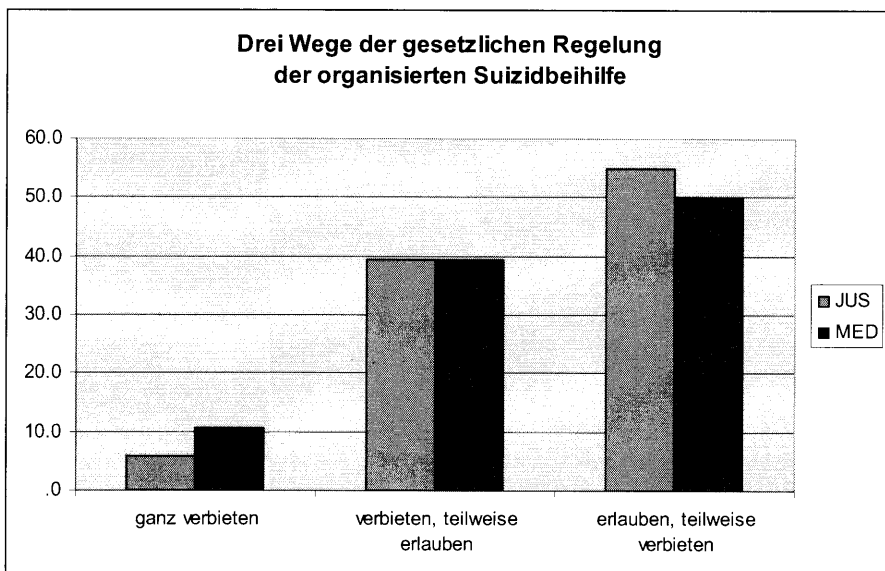
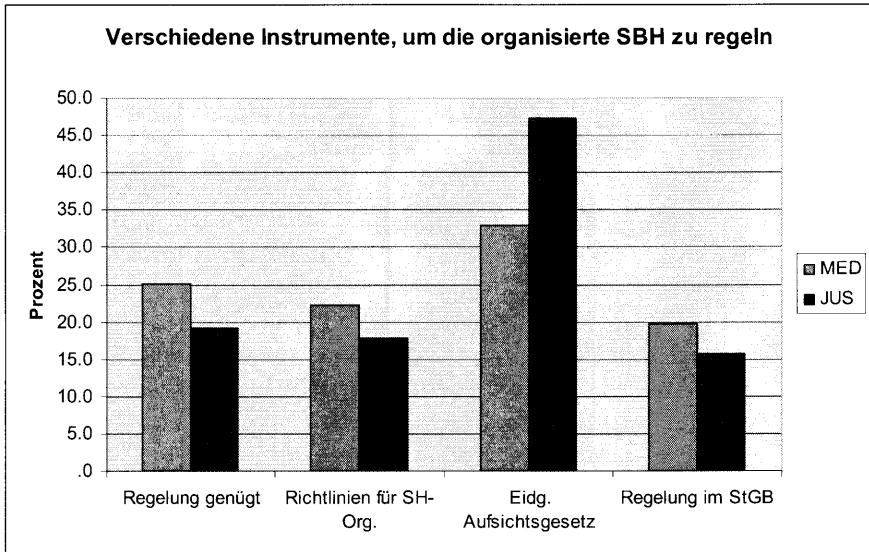


Abbildung 8: Bevorzugtes Regelungsmodell aus der Sicht der Juristen und Mediziner



Weiter wurde danach gefragt, welches von vier Instrument zur Regelung der organisierten Suizidbeihilfe am besten sei. Die Befragten mussten zwischen folgenden Alternativen (und einer Rubrik «weiss nicht») wählen:

1. Heutige Regelung genügt;
2. Detaillierte Richtlinien für Sterbehilfe-Organisationen;
3. Eidgenössisches Aufsichtsgesetz für Sterbehilfe-Organisationen;
4. Detaillierte Regelung im Strafgesetzbuch.

Wie Abbildung 8 zeigt, waren sowohl die Mediziner als auch die Juristen mehrheitlich der Auffassung, ein Eidgenössisches Aufsichtsgesetz würde die Aufgabe am besten erfüllen. Die befragten Juristen waren dabei signifikant häufiger als die Mediziner für diese Lösung. Zu beachten ist auch, dass der «Weiss-Nicht»-Anteil unter den Medizinnern (6.8%) höher als derjenige unter den Juristen liegt (2.3%).

5. Fazit

Die vorliegende Studie untersucht anhand von realen Sterbehilfe- und Suizidbeihilfekonstellationen, die im Bereich der *end-of-life*-Entscheidungen eine praktische Rolle spielen, die Einstellungen der Allgemeinbevölkerung und der Berufsgruppen der Ärzte und Juristen. Es zeigt sich einerseits eine relativ stabiles Meinungsbild und eine weitgehende Akzeptanz gegenüber dem Behandlungsabbruch, der indirekten aktiven Sterbehilfe und den praktizierten Formen der Suizidbeihilfe. Sterbehilfe- und Suizidbeihilfehandlungen von Ärzten und Sterbebegleitern, wie sie in diesen Fällen geschildert sind, werden mehrheitlich moralisch für richtig und juristisch für erlaubt eingeschätzt.

Davon gibt es eine generelle Ausnahme beim Behandlungsabbruch im Falle einer komatösen Patientin, deren Angehörige sich über den mutmasslichen Willen der Betroffenen nicht einig sind. Den eigenmächtigen Behandlungsabbruch durch den Arzt in einer solchen Konstellation erachten Allgemeinbevölkerung, Juristen und Mediziner als kriminalisierungswürdig.

Eine weitere, spezifische Ausnahme ist für die direkte aktive Sterbehilfe bei einer Krebspatientin am Lebensende zu verzeichnen. Die direkte Injektion eines tödlichen Mittels durch den Arzt gehört gemäss einer Mehrheit der befragten Mediziner verboten. Die direkte, aktive Sterbehilfe in diesem Fall 1 erachtet die Mehrheit der Bevölkerung und der Juristen dagegen als rechtmässig, obschon sie *de lege lata* (Art. 114 StGB) kriminalisiert ist. Ein weiterer Fall von direkter aktiver Sterbehilfe (siehe Fall 3) wird von allen befragten Gruppen mehrheitlich für rechtlich zulässig gehalten. Dies ist als kriminalpolitisches Signal zu verstehen, die parlamentarische Debatte über die Aufhebung des absoluten Verbotes der Tötung auf Verlangen in bestimmten Extremsituationen am Lebensende wieder aufzunehmen.

Insgesamt lässt sich eine bisweilen markant tiefere Zustimmungsrate der Mediziner feststellen (vgl. zum öffentlichen Erwartungsdruck gegenüber der Medizin, der Konflikte verursachen kann Rietjens et al. 2005, 1731). Eine Ausnahme ist die indirekte aktive Sterbehilfe, die von Medizinerinnen stärker gutgeheissen wird. Insgesamt zeigen die Resultate dieser Befragung aber klar, dass die Mediziner sowohl die Suizidbeihilfe als auch die Sterbehilfe zu ihrem Aufgabenbereich zählen.

Literatur

- Bittel, N. / Neuenschwander, H. / Stiefel, F. 2002: „Euthanasia”: a survey by the Swiss Association for Palliative Care. *Supportive Care Cancer* 10, 265–271
- Bosshard, Georg 2007: Kulturelle Unterschiede in der Sterbehilfedebatte. *Bioethica Forum* 54, 2-8
- Bosshard, Georg 2008: Switzerland, in: Griffiths, John / Weyers, Heleen / Adams, Maurice (Hrsg.): *Euthanasia and law in Europe*. Oxford/Portland: Hart Publishing, 463-481
- Bosshard, Georg / Hurst, Samia 2010: Suizidbeihilfe: Der Bund ist gefordert. *SAMWbulletin* Nr. 1, 1-4
- Bosshard, Georg et al. 2009: Should assisted suicide be performed by physicians only? Results of a survey among physicians in six European countries and Australia. *Bioethica Forum* 2, 4-9
- Brunner, Andreas / Thommen, Marc 2009: Rechtliche Aspekte von Sterben und Tod, in: Wyler, Daniel (Hrsg.): *Sterben und Tod. Eine interprofessionelle Auseinandersetzung*. Zürich: Verlag Careum, 61-84
- Bundesrat 2011: Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe. Bericht des Bundesrates. Bern: o.A., abrufbar unter: www.bfm.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/ber-br-d.pdf
- Cassani, Ursula / Cherbuliez, Marianne 2007: L'assistance au décès: Questions de droit pénal et d'éthique. Remarques de droit pénal suisse et comparé, in: Bondolfi, Alberto / Haldemann, Franz / Maillard, Natalie (Hrsg.): *La mort assistée en arguments*. Chêne-Bourg: Édition Médecine & Hygiène, 227-266
- Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement 2009: Änderung des Strafgesetzbuches und des Militärstrafgesetzes betreffend die organisierte Suizidhilfe. Erläuternder Bericht. o.O.: o.A., abrufbar unter: www.bfm.admin.ch/content/dam/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe/vn-ber-d.pdf
- Emanuel, Ezekiel Jonathan 2002: Euthanasia and physician-assisted suicide. A review of the empirical data from the United States. *Archives of Internal Medicine* 162, 142–152

- Fischer, Susanne et al. 2005: Swiss doctors' attitudes towards end-of-life decisions and their determinants. A comparison of three language regions. *Swiss Medical Weekly* 135, 370–376
- Guillod, Olivier 2011: Soins et respect de la volonté du patient en fin de vie: regard de droit comparé, *Jusletter* vom 31. Januar 2011
- Kessler, Manuela 1999: Siechtum der indischen Demokratie. *Tages-Anzeiger* 27.9.1999, 22
- Kunz, Karl-Ludwig 2011: Der Rechtsrahmen des begleiteten Sterbens in der Schweiz und das Wirken der Schweizer Sterbehilfeorganisationen. Vortrag bei der Fachtagung «Die Freiheit zu sterben II. Nachdenken über assistierten Suizid und aktive Sterbehilfe» am 14.4.2011, Berlin, abrufbar unter:
www.krim.unibe.ch/unibe/rechtswissenschaft/isk/content/e2464/e2477/files5656/Kunz_begleiteterSuizidinderSchweiz_aktualisiert_ger.pdf
- Lipp, Volker / Simon, Alfred 2011: Beihilfe zum Suizid: Keine ärztliche Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt* 108, A 212-216
- Mathwig, Frank 2010: Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht. Zürich: TVZ (Theologischer Verlag Zürich)
- Meier, Michael 2001: Gegen aktive Sterbehilfe. *Tages-Anzeiger* 12.12.2001, 9
- Petermann, Frank Th. 2006: Sterbehilfe: eine terminologische Einführung, in: Petermann, Frank Th. (Hrsg.): *Sterbehilfe – grundsätzliche und praktische Fragen*. St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, 21-44
- Pfister, Eliane / Biller-Andorno, Nikola 2010: Physician-assisted suicide: Views of Swiss health care professionals. *Bioethical Inquiry* 7, 283-285
- Regamey, Claude / Salathé, Michelle 2007: Ärztinnen und Ärzte sind nicht Experten für den freiwilligen Tod. *Schweizerische Ärztezeitung* 88, 1051-1052
- Rietjens, Judith A.C. et al. 2005: A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: Survey among the Dutch general public and physicians. *Social Science & Medicine* 61, 1723–1732
- SAMW 2004: *Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*. Basel: SAMW
- Schwarzenegger, Christian 2007a: Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod. *Schweizerische Ärztezeitung* 88, 843-846

- Schwarzenegger, Christian 2007b: Vor Art. 111-Art. 117 StGB, in: Niggli, Marcel Alexander / Wiprächtiger, Hans (Hrsg.), Strafrecht II. Art. 111-392 StGB. Basler Kommentar, 2. Aufl., Basel u.a.: Helbing & Lichtenhahn
- Schwarzenegger, Christian 2008: Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Art. 115 StGB), in: Petermann, Frank Th. (Hrsg.): Sicherheitsaspekte der Sterbehilfe. St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, 81-123
- Schwarzenegger, Christian / Manzoni, Patrik / Studer, David / Leanza Catia 2010: Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe hält. Jusletter vom 13.9.2010, abrufbar unter:
www.rwi.uzh.ch/lehreforschung/alphabetisch/schwarzenegger/publikationen/Schwarzenegger_et_al_2010.pdf
- Tag, Brigitte 2009: Sterbehilfe – betrachtet im Lichte des Strafrechts, in: Worbs, Frank (Hrsg.), Ganz Mensch bis zum Tod: Beiträge zum Umgang mit Sterben und Tod in der modernen Gesellschaft. Zürich: TVZ (Theologischer Verlag Zürich), 22-34
- van der Heide, Agnes et al. 2003: End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. The Lancet 362, 345-350
- Venetz, Petra 2008: Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht. Zürich u.a.: Schulthess

Schweizerische Arbeitsgruppe
für Kriminologie (SAK)
Groupe Suisse de Criminologie (GSC)
Gruppo Svizzero di Criminologia (GSC)

Strafssystem und Öffentlichkeit: Zwischen Kuscheljustiz und Scharfrichter

Système pénal et discours
publics : entre justice câline et
justice répressive

Band 29

Herausgeber/Éditeurs

Marcel Alexander Niggli

SAK / GSC

Manon Jendly

Kriminologie • Criminologie • Criminologia



Stämpfli Verlag AG Bern • 2012
Stämpfli Editions SA Berne • 2012